COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64148734
RC126 .F49 Die bedeutung der ge
RECAP

Columbia University
in the City of New York

College of Physicians and Surgeons

Library

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/diebedeutungderg00fink

Die

Bedeutung der gegenwärtigen Choleragefahr

und ihre wirksamste Bekämpfung

von

Prof. Finkelnburg

Breslau
Verlag von Eduard Trewendt
1893.

RC126
F49

Sonderabdruck
aus der
„Deutschen Revue“
1893 März.

Wie in alten Kriegsläuften winterliche Waffenruhe den geplagten Völkern Zeit ließ, die Mittel zur Abwehr erneuter Überfälle für Frühling und Sommer zu Rate zu ziehen, so genießt Deutschland augenblicklich der ihm notthuenden Sammlung gegenüber der asiatischen Geißel, welche im Jahre 1892 in Rußland über 200 000, in Deutschland über 9000 und in Frankreich über 3000 Menschenleben vernichtete, eine mehr als gleiche Zahl der Todesgefahr nahe brachte, den Wohlstand blühender Gemeinwesen, in Deutschland denjenigen der ersten Handelsstadt für lange Jahre tief erschütterte und über unsre wirtschaftlichen Beziehungen zum Auslande eine nachhaltige Unsicherheit verhängt hat. Welche erneute Gefahren haben wir für 1893 zu gewärtigen und welche Abwehrmaßregeln versprechen uns wirksamen Schutz gegen diese Gefahren? Ist die Seuche bei ihrem diesmaligen Heereszuge durch Europa in neuem Lichte minder rätselhaft erschienen nach den epochemachenden Entdeckungen, welche deutscher Forschergeist von der Wiege des unheimlichen Gastes, von den Ufern des Ganges heimgebracht hatte? Und welche Früchte erwachsen dem öffentlichen Gesundheitsschutze aus diesem neuen Lichte nach den Erfahrungen des verflossenen Jahres? Diese Fragen liegen in aller Gebildeten Sinne, und als Antwort erwartet man in weitesten Kreisen die Zusicherung, daß nunmehr dem langjährigen Widerstreit der Meinungen, dem großen Cholera-Rätsel ein Ende bereitet, daß die Naturgeschichte der Krankheit durch Auffindung ihres einheitlichen Erregers klargelegt und damit zugleich die Mittel zu ihrer direkten Bekämpfung von selbst gewiesen seien. Einheitliche Ursachen für die Übel des Lebens verantwortlich zu machen, einheitliche Waffen zu ihrer Bekämpfung zu schmieden, ist man ja stets geneigt. Nichts sichert dem Arzte willigeres Ohr und Vertrauen, als wenn er recht nachdrücklich ein einzelnes Organ oder ein bestimmtes Gift als den Sündenbock bezeichnet und ebenso nachdrücklich von einem einzelnen Mittel, sei es ein arzneiliches Specifikum, sei es ein mechanisches oder thermisches Kurverfahren, Hilfe verspricht. Leider ist aber die Natur nun einmal nicht so schneidig einfach in den Bedingungen ihres Waltens bei Gesunden und Kranken. Sie zwingt uns in Wirklichkeit, stets mit recht zusammengesetzten Faktoren als Ursachen zu rechnen, schon bei Krankheiten der Individuen, noch viel mehr bei Volksseuchen. Die Jagd nach spezifischen Ursachen und spezifischen Heilmitteln hat die Heilkunde ein Jahrtausend hindurch und länger verhängnisvoll irregeleitet; das von ähnlichem Geiste getragene moderne Spezialistentum zeitigt unter der überwuchernden Gunst des Publikums ebenso bedenkliche Verirrungen, und der gleiche Gedankenzug drängt die epidemiologischen Auffassungen der Gegenwart vielfach zu bequemer, aber illusorischer Einseitigkeit. Kämen dabei nur rein wissenschaftliche Fragen in Be-

tracht, so könnte man das Abklingen solcher auf Kosten des alten Erfahrungsschatzes überwallenden Wertschätzung neuerer Errungenschaften getrost der Zeit überlassen. Handelt es sich aber um die Grundlagen zur Gestaltung des öffentlichen Gesundheitsschutzes, so ist es Pflicht, vor der drohenden Aufgebung oder Hintansetzung bewährter Grundsätze zu warnen und den „neuen Kurs" soviel wie möglich mit den alten Wahrheiten in Einklang zu bringen. Es bleiben dann immer noch hinreichende Anlässe, sich mit dem alten Trostspruch: θεῶν ἐν γούνασι κεῖται, bescheiden zu müssen.

Dies zur allgemeinen Erklärung für manche in den nachfolgenden Sätzen sich ergebenden Abweichungen von dem, was die Leser sich erinnern mögen von andern sachverständigen Seiten über die uns beschäftigenden Fragen vernommen zu haben.

Die Geschichte des diesmaligen — sechsten — Einbruchs der Cholera in Europa bietet gegenüber den beiden letztvorhergegangenen Wanderzügen derselben einen im internationalen Gesundheitsinteresse bemerkenswerten Unterschied dar. Als die Eröffnung des Suezkanals den direkten Verkehr Asiens mit Europa so außerordentlich erleichtert und beschleunigt hatte, galt es für ausgemacht, daß auch die Cholera sich die neue Wasserstraße zu nutze machen und fortan auf diesem Wege ihre Einbrüche in Europa vollziehen würde. In der That brachten Orientdampfer im Juli 1865, unmittelbar nach einem heftigen Choleraausbruch unter den Pilgern in Mekka, die Krankheit nach Marseille, von wo sie sich auch über Südfrankreich und Spanien verbreitete, im Oktober Paris erreichte und nach der gewöhnlichen Winterpause auch Deutschland, Österreich, die Niederlande und Schweden heimsuchte. In gleicher Weise gelangte die Seuche, nachdem sie seit 1873 aus Europa verschwunden war, im Juni 1884 wiederum vermittelst eines aus Tonkin durch den Suezkanal zurückgekehrten französischen Dampfers („Montebello") nach Toulon, um sich von neuem über ganz Frankreich, Spanien, Italien und Österreich-Ungarn zu verbreiten. Seit jener Zeit hat der Suezkanal, dank der Verkehrstechnik der russischen Eroberer in Zentralasien, einen erfolgreichen Konkurrenten gefunden: — der Cholera steht behufs ihrer europäischen Ausflüge eine Eisenbahn zur Verfügung, und sie hat nicht verfehlt, dieselbe zu benutzen. Nachdem die Seuche bereits im Winter 1890 bis 1891 über Persien nach Kleinasien hineingezüngelt und in der zweiten Hälfte des Jahres 1891 vorübergehende Ausbrüche auf der arabischen Halbinsel veranlaßt hatte, begann sie im Frühjahr 1892 in Indien selbst mit außergewöhnlicher Stärke aufzutreten und über Delhi und Kaschmir sich nach Herat und weiterhin über das nordöstliche Persien bis Merschhed zu verbreiten, wo sie im Juni sehr heftig auftrat und bis zu 250 Todesfälle täglich veranlaßte. Von Merschhed gelangte die Seuche nordwärts, trotz russischer Grenzsperre, sehr rasch nach Turkestan, wo sie an den Stationen der neuen transkaspischen Eisenbahnlinie, besonders in Kaaschka, heftig auftrat und, der genannten Bahnlinie westwärts folgend, bereits Ende Juni Askabat und das Ostufer des Kaspischen Meeres erreichte. Von hier gelangte sie, wahrscheinlich durch den Seeverkehr, nach Baku und von dort sowohl auf dem gleichen Wege nach Astrachan

wie auf dem Eisenbahnwege nach Tiflis und der Ostküste des schwarzen Meeres. Während in letztgenannter Richtung die Krankheit milde auftrat und am schwarzen Meere nur sporadische Erkrankungen veranlaßte, stieg in Astrachan die tägliche Zahl der Erkrankungen schon in der zweiten Juliwoche bis zu 300, diejenige der Todesfälle bis zu 200, und der Weitergang der Seuche das Wolgathal hinauf vollzog sich vermittest des dortigen regen Flußdampferverkehrs so schnell, daß die Krankheit am 12. Juli in Zarizyn, am 14. in Saratow, am 18. im Simbirsk, am 20. in Kasan und am 25. in Nischnei-Nowgorod amtlich festgestellt wurde und von den genannten Städten vermittelst der Eisenbahnlinien sich im Laufe des Juli über ganz Südrußland verbreitete. Der gesamte Einbruchweg der Epidemie war somit der gleiche wie bei der ersten Cholerainvasion in Rußland 1823, bei der zweiten, über Rußland ganz Europa heimsuchenden 1831 bis 1832 und bei der dritten im Jahre 1847; er führte durch weite Landstrecken, die wegen ihres sanitären Elends von jeher berüchtigt waren, in welchen aber der Weitertransport der gefährlichen Kontagien nach Westen ehedem durch die schwierigen, langsamen und spärlich benutzten Kommunikationsmittel sehr behindert wurde.

Die Verlaufsweise der Seuche in Hamburg und in den von dort aus infizierten über 200 norddeutschen Ortschaften unterschied sich in keinem wesentlichen Punkte von der Verlaufsweise früherer Ausbrüche in Deutschland wie im Auslande. Es ist daher leider auch kein Grund anzunehmen, daß die Krankheit diesmal von ihrer regelmäßigen Gepflogenheit abweichen werde, nach mehr oder weniger latenter Überwinterung im Frühjahr mit erneuter Kraft zu erwachen. Noch bei keinem ihrer bis jetzt nach Europa gedrungenen Wanderzüge hat die Seuche sich mit einjähriger Arbeit begnügt, und manche Orte erfuhren erst im zweiten oder dritten Jahre den Höhepunkt ihrer Heimsuchung. In Hamburg ist sie bei ihrem ersten Auftreten vom Oktober 1831 an bis zum Jahre 1835 nie ganz erloschen, und die Verseuchung Deutschlands hielt damals im ganzen sechs Jahre an. Für die augenblickliche Lage muß jede etwa noch genährte Illusion nach den in charakteristischer Weise sich weiterzettelnden Einzelerkrankungen in Hamburg, namentlich aber nach dem scharfen Lebenszeichen der Infektion in Nietleben bei Halle völlig schwinden. Der Cholerakeim ist wahrscheinlich über den größten Teil Deutschlands ausgesäet. Wie mächtig die Saat aufgehen werde, hängt lediglich von dem Grade der „Seuchenfestigkeit" ab, welche wir bis dahin unsern Wohnstätten und unserm Körper zu sichern vermögen. Auf ein Abnehmen in der Bösartigkeit des Krankheitscharakters selbst zu rechnen, wäre gleichfalls eine aller Erfahrung widersprechende Illusion. Es ist überhaupt eine bloße Legende, daß die Verlaufsweise der Choleraerkrankungen im Laufe dieses Jahrhunderts sich gemildert, die Sterblichkeit unter den Erkrankten geringer geworden sei. In Hamburg sowohl wie in Paris und Havre, und ebenso in Rußland starb diesmal von den Erkrankten eine gleich hohe Verhältniszahl — d. h. annähernd 50 Prozent — wie bei der ersten, gewöhnlich als besonders bösartig geschilderten Epidemie von 1831 bis 32. Die ärztliche Kunst hat in der Behandlung der Cholerakranken keinen Fortschritt aufzuweisen. Was bei uns minder geworden, ist nicht die Intensität, die Tödlich-

keit, sondern die Extensität, die Verbreitungshäufigkeit der Erkrankungen, und das ist, wie aus allen Vergleichen hervorgeht, lediglich als Wirkung der verbesserten hygieinischen Ortszustände in den westeuropäischen Ländern zu betrachten.

In Paris raffte die Cholera 1832 über 20000 Menschen weg (im Verhältnis zur damaligen Bevölkerung so viel wie 1892 in Hamburg), 1849 über 19000, 1873 und 1884 über 1000 und 1892 annähernd ebensoviele, darunter jedoch nur ein Drittel in der inneren Stadt, die übrigen in den Vororten.

Eine keineswegs neue Erscheinung bildete auch die viel kommentierte „explosionsartig" rapide Zunahme der Erkrankungen in Hamburg, — vom 16. bis zum 27. August erreichten sie ihren Höhepunkt; das Gleiche wurde auch anderwärts beobachtet, und zwar unter Umständen, welche die Annahme einer gleichzeitigen Massenvergiftung durch gemeinsames Trinkwasser ausschlossen. Es ist sogar die Regel, daß nach anfänglichem Vorkommen vereinzelter Fälle, von denen die weitere Aussaat erst auszugehen scheint, plötzlich eine rasch zunehmende Massenerkrankung über die verschiedensten Teile der heimgesuchten Stadt sich verbreitet, ganz unähnlich dem regelmäßig von Haus zu Haus, von Straße zu Straße fortschreitenden Gange der Blattern, des Flecktyphus, des Scharlach, also der einfach kontagiösen Krankheiten. Schon der erste große Choleraausbruch in Paris 1832, derselbe, welchen Eugen Sue in seinen Mystères de Paris so drastisch schildert, nahm genau den gleichen Verlauf, obgleich die heimgesuchten Stadtteile keine Wasserleitung besaßen. Vom 28. März bis zum 10. April stieg damals die Seuche auf ihren Höhepunkt, binnen welcher Zeit in den Zivilhospitälern 4265 Cholerakranke aufgenommen und 2072 gestorben waren. Von da an nahm die Krankheit merklich ab bis Mitte Juni, um dann plötzlich wieder binnen sechs Tagen aufs Zehnfache zu steigen und in mäßigem Grade den ganzen Sommer hindurch zu herrschen. Auch die beiden ersten Epidemien in Hamburg, 1831 bis 32 und 1848, nahmen beide eine „blitzschnelle" Verbreitung über alle Teile der Stadt, obgleich damals nur einzelne Distrikte durch zwei kleine „Wasserkünste" mit Wasser versorgt wurden und die jetzige städtische Wasserleitung erst im Jahre 1848 in Betrieb gesetzt wurde. Ebenso plötzlich verbreitete sich im Juli bis August 1854 die Krankheit über München, nachdem sie schon vorher in den tiefstgelegenen Stadtteilen Wurzel gefaßt hatte. „Es war als ob ein Pesthauch über die unglückliche Stadt gefahren wäre", sagt von Pettenkofer in seinem Berichte. Und auch in München konnte bei der großen Vielartigkeit der Trinkwasserversorgung von einer gleichzeitigen Massen-Infektion durch letztere nicht die Rede sein. Bei der jetzigen Epidemie wiederholte sich auch die längst bekannte Thatsache, daß die meisten und sehr oft die ersten Erkrankungen in den tiefgelegenen Ortsteilen längs der Flüsse, Kanäle, Hafenanlagen u. s. w. sich ereignen, und diese Thatsache gab ebenso wie bei früheren Epidemien den einen Anlaß, im Genuß des betreffenden Wassers, den andern im verunreinigten und mangelhaft drainierten Untergrund dieser Uferviertel die Ursache ihres vorzugsweisen Ergriffenseins zu suchen. So in Hamburg, so in Lauenburg, in Boizenburg und in Stettin.

Erscheint die Cholera in Hamburg als hygieinische Zuchtmeisterin gegenüber einer unverantwortlich schlechten Trink- und Nutzwasserversorgung mit allen daraus resultierenden offenen und verdeckten Folgezuständen, so vollzog sie gleichzeitig in der am schwersten heimgesuchten Stadt Frankreichs, in Havre, ein Strafgericht für andre Sünden der öffentlichen Gesundheitspflege. Dem dortigen, als Hygieiniker rühmlichst bekannten Gesundheitsbeamten Dr. Gibert verdanken wir einen vor der französischen Akademie der Medizin erstatteten, alle Verhältnisse so klarlegenden Bericht, wie wir einen gleichen über die Hamburger Epidemie bis jetzt schmerzlich vermissen. In Havre standen die städtischen Trinkwasserleitungen, denen alles von der Bevölkerung gebrauchte Wasser entnommen wird, außer allem Verdachte irgend welcher Verunreinigung. Auch zeigte die Verbreitungsweise der Erkrankungen keinerlei Beziehung zu den Versorgungsbezirken der drei verschiedenen Wasserwerke. Dieser Nichtzusammenhang mit dem Trinkwasser gilt, wie für die Cholera, so auch für die andern in Havre vorkommenden Infektionskrankheiten, insbesondere für den dort häufigen Typhus. So vortrefflich aber das Wasser, so mangelhaft sind die sanitären Bodenzustände. Nicht ein Drittel der Straßen ist drainiert, und die vorhandenen Kanäle sind so fehlerhaft angelegt, daß sie den natürlichen Abfluß des verunreinigten Grundwassers aus den nichtkanalisierten mit Senkgruben versehenen Stadtteilen wie ein quer vorgelagerter Mauerwall behindern. Eine Folge der dadurch bedingten Rückstauung war der wiederholte Ausbruch von Typhus-Epidemien in dem betroffenen Stadtteile, welcher bis zum Zeitpunkt der verfehlten Anlage ganz frei davon geblieben war und sich überhaupt besonderer Salubrität erfreut hatte. Dieser Stadtteil litt auch, obgleich von der wohlhabenderen Klasse bewohnt, verhältnismäßig schwer von der Cholera. Dagegen blieb der städtische Distrikt Parrey, dessen Untergrund sich einer täglich zweimaligen Durchströmung von der Flut- und Ebbebewegung des Grundwassers erfreut, von Typhuserkrankungen stets frei und ebenso 1892 von Choleraerkrankungen. Die Karten der epidemischen Typhus- und der Choleraverbreitung in Havre decken sich in auffallend übereinstimmender Weise; ja auch die Diphtherie- und die Phthisiskarte von Havre zeigen die gleichen Abstufungen. Von vier Distrikten, deren Bewohner gleich armselig wohnen und leben und das gleiche Trinkwasser benutzen, blieb der eine (Parrey) frei von Cholera wie von Typhus, während die drei andern (St. Joseph, St. François und Notre Dame) eine erschreckende Häufigkeit der Erkrankungen an beiden Seuchenformen aufwiesen. Der erstgenannte Distrikt hatte einen reichlich durchspülten, die drei andern einen undrainierten, mit stagnierendem Grundwasser erfüllten Untergrund. Auch in Havre war das Ansteigen der Erkrankungszahl ein ebenso rapides wie in Hamburg. Die dort so frappant nachgewiesene Übereinstimmung scharfer örtlicher Verbreitungs-Unterschiede mit bestimmten Unterschieden der Bodenverunreinigung aber erinnert an eine Menge analoger Thatsachen aus der Geschichte aller früheren Epidemien, soweit die letzteren wissenschaftlich beschrieben sind, — Thatsachen, welche unbeschadet der nachgewiesenen Existenz eines parasitischen Krankheitserregers dem unvoreingenommenen Beurteiler die Überzeugung aufdrängen, daß bei dem Ent-

stehen örtlicher Choleraepidemien es sich noch um andre Faktoren handeln muß als um die bloße Weiterſaat des Pilzes. Schon der geiſtvolle Beobachter der drei erſten Epidemien in England von 1831 bis 1854, John Simon, erklärte als Präſident des Zentral-Geſundheitsamts im Jahre 1854, nach ſeinen Beobachtungen ſei die erſte und auffallendſte Eigentümlichkeit der Cholera ihre Vorliebe für beſtimmte Örtlichkeiten; ſie ſei „in eminentem Grade eine Diſtriktskrankheit". Er fand die Krankheit überall um ſo ſtärker verbreitet, „je tiefgelegener, je feuchter und namentlich je verunreinigter der Wohnboden war." Und wenn, um zu deutſchen Erfahrungsbeiſpielen überzugehen, die den Regierungsbezirk Oppeln im Jahre 1866 5 Monate hindurch heimſuchende Epidemie in den Kreiſen Roſenberg und Lublinitz nur je 9, im Kreiſe Oppeln 300, im Kreiſe Neiſſe 662 und im Kreiſe Leobſchütz 1259 Todesfälle veranlaßte, wenn während der Epidemie von 1855 Nürnberg ſtark heimgeſucht und das unmittelbar benachbarte, im lebhafteſten Verkehr mit Nürnberg bleibende Fürth ganz verſchont blieb, ſo wird niemand annehmen können, daß es ſich in dieſen und den zahlreichen ähnlichen Fällen auch nur entfernt um entſprechend verſchiedene Gelegenheiten zur Anſteckung durch den Verkehr mit Perſonen oder Sachen gehandelt habe. Solche gewaltige Kontraſte zwiſchen derart benachbarten Kreiſen und Städten müſſen jede andre Erklärung als diejenige durch das Beſtehen irgend welcher örtlicher, entweder immer oder nur zeitweiſe vorhandener Faktoren der Empfänglichkeit für die Seuche ausſchließen. Über die erfahrungsgemäße Natur dieſer „örtlichen Dispoſition" zu epidemiſchen Cholera-Ausbrüchen hat der ſcharfſinnige Neſtor der deutſchen Hygieine Profeſſor von Pettenkofer auf Grund ſehr umfaſſender kritiſch-ſtatiſtiſcher Studien ſchon ſeit 1854 einen reichen Schatz ſchwerwiegender Thatſachen geſammelt, welche er im Jahre 1887 in ſeinem ſehr inhaltreichen Buche „Zum gegenwärtigen Stande der Cholerafrage" zuſammengefaßt hat. Es iſt bezeichnend für die einſeitige Richtung der heutigen Choleraforſchung, daß man dieſe für Wiſſenſchaft und Praxis ſo wertvollen Ergebniſſe und ebenſo auch die reiche Fundgrube, welche die Berichte der Cholerakommiſſion für das deutſche Reich von 1876 bis 1879 enthalten, in Deutſchland faſt ganz zu ignorieren pflegt, während im Auslande und namentlich in England alle neueren Cholerabeobachtungen bezüglich ihrer Beziehungen zu den Pettenkofer'ſchen Forſchungsergebniſſen geprüft werden. Das mangelnde Verſtändnis für letztere geht ſo weit, daß man ſelbſt in „ſachverſtändigen" Kreiſen vielfach der Auffaſſung begegnet, als ob die Annahme einer örtlichen Cholera-Dispoſition einen Widerſpruch gegen die ſpezifiſche Bedeutung des von Robert Koch entdeckten und für die Konſtatierung der Erkrankungen an aſiatiſcher Cholera ausſchlaggebenden Kommabacillen bedinge. Nichts kann irrtümlicher ſein als eine ſolche Auffaſſung, gegen welche ſich Pettenkofer ſelbſt entſchieden verwahrt hat. Wir kennen manche paraſitiſche Pflanzenkrankheiten, welche nur unter beſtimmten Bodenverhältniſſen zur Entwickelung und Maſſenverbreitung gelangen, obgleich der krankheitserzeugende ſpezifiſche Paraſit auch anderswo verbreitet iſt. Unſre Forſtmänner kennen genau die Pilze, welche bei Buchen, Lärchen und Tannen Krebskrankheiten erzeugen, aber ſie wiſſen zugleich,

daß Fehler des Standortes dazu gehören, den Bäumen ihre Widerstandskraft zu entziehen und dadurch den Pilzen ihren siegreichen Einzug zu ermöglichen. Sie verlieren nicht Zeit und Geld mit Absuchen der Parasiten, sondern drainieren den Boden und schaffen Luft.

Jede Choleraepidemie in Europa wie in Indien, und so auch diejenige von 1892, hat nur an solchen Orten sich einzunisten vermocht, wo entweder durch Imprägnierung durchlässigen Wohngrundes mit exkrementiellen Fäulnisstoffen oder durch unreine Bezugsquellen des Trink- und Nutzwassers eine meist länger dauernde Versündigung gegen die wichtigsten Gebote der öffentlichen Gesundheitspflege Platz gegriffen hatte. In seinem inhaltreichen Berichte über die Epidemie von 1873 bis 1874 im Regierungsbezirk Oppeln erklärt sich der damalige Regier.-Med.-Rat Dr. Pistor auf Grund seiner Untersuchungen für „fest überzeugt, daß die Durchtränkung des Wohngrundes mit Zersetzungsstoffen einer der wesentlichsten Faktoren für die Verbreitung der Cholera wie des Darm-Typhus ist, und daß die geologische Beschaffenheit des Untergrundes besonders insofern von Bedeutung ist, als sie auf die langsamere oder schnellere Zersetzung der Auswurfstoffe Einfluß übt." Wenn dann bei der nächstfolgenden Epidemie von 1884 bis 86 Toulon, Havre, Neapel, Palermo und Valencia so schwer heimgesucht wurden, so konnte es für niemand zweifelhaft sein, daß diese Städte nur für die langjährige grobe Vernachlässigung der öffentlichen Reinlichkeit zu büßen hatten. Und ebenso waren es im Jahre 1892 die russischen Schmutzstädte, die sanitär verwahrlosten Vororte von Paris, das bodenverjauchte Havre und das mit einer unverantwortlich unsauberen Wasserversorgung behaftete Hamburg, welche von der Zuchtrute am härtesten betroffen wurden.

Wie es in den kleinstädtischen und ländlichen, von Hamburg aus in Norddeutschland entstandenen Seuchenherden mit den hygieinischen Einrichtungen und Gepflogenheiten stand, erfahren wir ja zum Teil aus der sehr dankenswerten amtlichen Denkschrift, welche der Reichskanzler dem Reichstage vorgelegt hat. In Lauenburg, wo 43 Erkrankungen mit 25 Todesfällen vorkamen, wurden alle Abzüge ungeahndet in die kleine, langsam mit Stauwasser fließende Stecknitz geschüttet, und in Boizenburg (38 Erkrankungen mit 19 Todesfällen) entnahm ein Teil der Bewohner sein Trinkwasser einem Teiche, in welchen exkrementielle Abgänge hineingelangen. Auch die bei allen Choleraepidemien sich wiederholende Häufigkeit der Erkrankungen bei Flußschiffern kann niemand wundern, der die schmutzigen Zustände und Gewohnheiten auf diesen Fahrzeugen — besonders aber die empfängliche Brutstätte kennt, welche der sogenannte Bilgeraum bildet, ein künstlicher Fang- und Brütboden für Seuchenkeime jeder Art.

Wenn diesmal in unsrer Reichs-Metropole der wiederholt von Hamburg hineingeworfene Funke nicht zu zünden vermochte, so verdanken wir das unzweifelhaft den vortrefflichen sanitären Einrichtungen, durch welche Berlin sich im Gegensatz zu früheren Zeiten relativ seuchenfest zu machen gewußt hat. Wer daran zweifeln wollte, daß eine wachsame und vor keinen Geldopfern zurückschreckende Fürsorge für ständige gute Gesundheits-Einrichtungen in Staat und

Gemeinde den sichersten Schutz gegen Choleragefahr gewährt, der möge auf die Erfahrungen in England verwiesen werden. Dort raffte die Cholera im Jahre 1832 über 30000, im Jahre 1849 über 53000 (in London allein über 14000) und noch im Jahre 1854 über 20000 Einwohner weg. Seit dem letztgenannten Zeitpunkte haben unter dem Einfluß einer sehr eingreifenden Gesetzgebung seitens des Staates und einer verständnisvollen Opferwilligkeit seitens der Kommune großartige Assanierungsanlagen die Gesundheitsbedingungen in allen größeren und in den meisten der kleineren Gemeinden des Königreichs gänzlich umgestaltet. Die allgemeine jährliche Sterblichkeitsziffer ist von 22,5 (auf je 1000 Einwohner) bis auf 18,0, diejenige Londons von 24,5 auf 19,0 zurückgegangen, — und die Cholera hat, nachdem sie zuletzt im Jahre 1859 noch einen schwächeren Vorstoß mit insgesamt 880 Todesfällen ausgeführt, seitdem, also seit 33 Jahren, ungeachtet sehr häufiger Einschleppung und ungeachtet grundsätzlicher Verzichtleistung auf alle Absperrmaßregeln, in England keinen festen Fuß mehr zu fassen vermocht. Im Jahre 1892 hat England — allein von sämtlichen europäischen Staaten — sowohl mit dem von Deutschland gemiedenen Hamburg wie mit den sämtlich verseuchten Hafenplätzen der ihm gegenüber liegenden französischen Küste die sehr lebhaften Reise- und Handelsbeziehungen ohne alle Einschränkung aufrecht erhalten; — es wurden denn auch nicht weniger als 29 nachweisliche Cholerafälle nach England eingeschleppt, — aber keiner von diesen Fällen hatte auch nur eine einzige weitere Erkrankung auf englischem Boden zur Folge. Dies ist um so bemerkenswerter, als ein Teil der eingeschleppten Fälle erst nachträglich erkannt wurde, nachdem die Erkrankten sich bereits tagelang inmitten großer Städte befunden hatten, ohne der auch in England sonst strenge geübten Isolierung und Desinfektion unterworfen worden zu sein. Ein sprechenderer Beweis kann kaum gefunden werden für die beiden Sätze, erstens daß die Cholera nur eine relative Kontagiosität besitzt und nicht eine absolute gleich den unter solchen Umständen ganz anders sich verhaltenden Pocken und ähnlichen Ansteckungsfiebern, — und zweitens daß die Weiterverbreitung der Cholera vornehmlich von der Beschaffenheit des Mediums abhängt, in welches ihr Übertragungskeim hineingerät, das „wandernde Ferment", wie John Simon ihn 30 Jahre vor der Entdeckung des Koch'schen Kommabacillus bezeichnete. Die Bedingungen dieser Empfänglichkeit eines örtlichen Mediums für Choleraverseuchung sind allerdings nicht bloß in Wohngrund und Trinkwasser zu suchen, sondern in allen denjenigen einer Menschen-Ansiedlung anhaftenden Umständen, welche einesteils die Umgebung der Bewohner zum Haften und zur Weiterentwickelung der Cholerasaat eignen, andernteils die Bewohner selbst widerstandsschwach gegen den parasitischen Eindringling machen. Beide Bedingungen finden sich nach älteren epidemiologischen Erfahrungen und besonders auch wieder nach denjenigen des Jahres 1892 gerade in den verrufensten Choleranestern stets vereint und werfen ein sehr beherzigenswertes Schlaglicht auf die sozialen Wurzeln der Seuchengefahr. Enges Beisammenleben, gepaart mit Armut und Unreinlichkeit, macht die Wohnungen, schlechte Ernährung, Kräfte-

erschöpfung, Branntweinmißbrauch, rohe Lebensgewohnheiten und deprimierte Stimmung die Menschen empfänglich für Choleraverseuchung. Es ist mehr als bloße Redensart, daß die Cholera eine Krankheit der Armen, der Elenden sei. Sie ist dies mehr als irgend eine andre Krankheit in der Welt. Schon in ihrer Heimat, in Indien, ist sie als solche bekannt. Die Tausende von Indiern, welche, an den Ufern des Ganges gelagert, sich den Ausbrüchen religiöser Schwärmerei hingeben, sind mit wenigen Ausnahmen arme, schlechtgenährte, durch weite Pilgermärsche, Entbehrungen und Exzesse geschwächte Menschen, deren Lagerleben den Inbegriff sozialen und hygieinischen Elends darbietet. Das Gleiche gilt von den Pilgerversammlungen zu Mekka, wo die Überfüllung der Lagerstätten mit Menschen und mit menschlichem Unrat unter der brennenden Sonne Arabiens zu Fäulnis- und Gärungsprozessen jeder Art die fruchtbarste Brutstätte schafft.

Alle genaueren Berichte über die früheren Epidemien in Europa lassen den gleichen sozialen Hintergrund grell hervortreten. Sogar das Verhältnis, in welchem die verschiedenen Provinzen des preußischen Staates von Cholera heimgesucht worden sind, spiegelt den Einfluß des Wohlstandes, der Bildung und der damit zusammenhängenden sozial-hygieinischen Zustände in der Bevölkerung wieder. Nach Zusammenstellung aus amtlichen Quellen betrug die Verhältniszahl der Todesfälle an Cholera zur Bevölkerung, im jährlichen Durchschnitt auf je 10000 Einwohner berechnet, von 1848 bis 1859 in den Provinzen:

Posen	19,88
Preußen	18,22
Pommern	10,17
Sachsen	8,99
Brandenburg	7,52
Schlesien	5,14
Rheinland	1,62
Westfalen	0,54

Wie ganz anders müßte sich vorstehende Tabelle gestalten, wenn die Lebhaftigkeit des Menschen- und Warenverkehrs oder auch die Nachbarschaft choleraverseuchter Staaten irgendwie bedingend für die Häufigkeit der Erkrankungen wäre! Deutlich dagegen verrät sie als maßgebende Faktoren die sozial-hygieinischen Wirkungen von Wohlstand und Bildung, welche in den westlichen Provinzen so viel höher stehen als im Osten der preußischen Monarchie. Und die gleiche Erklärung ist auch wohl die zutreffendste für die erfahrungsgemäß viel geringere Cholera-Empfänglichkeit der Juden, sowie für die in unsern östlichen Provinzen beobachtete weit größere Choleraterblichkeit unter der slawischen Bevölkerung im Vergleich mit der deutschen.

Die französische Epidemie von 1892 begann zu Nanterre unter Siechen und Gefangenen, welche, schlecht genährt, in engen, mangelhaft gelüfteten Räumen zusammen wohnten und Seine-Wasser tranken. Dann brach sie in Bonneval unter den Geisteskranken aus und verbreitete sich in den Pariser Vororten unter den „Hindus der Banlieue", wie Professor Peter sie in der Akademie der Medizin

bezeichnete, d. h. bei den physisch ebenso herabgekommenen und unter ebenso schlechten Wohnungs- und Trinkwasser-Verhältnissen lebenden Menschen, wie es die Hindus am Ganges sind. Dem Wasser des letzteren läßt dasjenige der Seine an Verunreinigung nichts nach. Dr. Lausanne in St. Germain konstatierte, daß ihm bei wiederholten Choleraausbrüchen in St. Germain nie ein Fall vorgekommen sei, welcher eine gut ernährte und unter normalen hygieinischen Einflüssen lebende Person betroffen habe; „bei letzteren kam es höchstens zu leichten Cholerinen". Die meisten seiner Cholerakranken waren Alkoholiker, welche sich schlecht nährten und in schmutzigen, elenden Wohnungen lebten. Und in Havre erkrankten nach Dr. Gibert's Bericht an die Akademie der Medizin fast ausschließlich arme, geschwächte, durch Alkohol oder andre Einflüsse heruntergekommene oder psychisch deprimierte Menschen. Obgleich uns eine umfassende Analyse der jüngsten Hamburger Epidemie bis jetzt fehlt, so lassen doch sämtliche Einzelberichte über dieselbe ein gleiches Vorherrschen der Seuche unter dem Proletariat auch dort erkennen. Die auffallende Neigung der Cholera, isolierte Ausbrüche in geschlossenen Anstalten unter Pfleglingen von deprimierter physischer oder psychischer Verfassung zu veranlassen, hat neuerdings in der Anstalts-Epidemie zu Nietleben bei Halle, deren ursächliche Beziehungen noch der definitiven Aufklärung harren, wieder ihren bezeichnenden Ausdruck gefunden. Dieselbe erinnert lebhaft an die im Jahre 1872 stattgehabten Ausbrüche in der Landarmenanstalt zu Landsberg und in der Irrenanstalt zu Sorau, wo die Krankheit 24 Pfleglinge ergriff und 13 wegraffte, während das Beamten- und Dienstpersonal gänzlich verschont blieb und in Sorau selbst kein Erkrankungsfall vorkam.

Lassen alle diese nur in einzelnen Beispielen vorgeführten Thatsachen keine Möglichkeit zu, die Verbreitungs-Bedingungen der Cholera mit denjenigen der absolut kontagiösen Krankheiten, der Pocken, des Scharlach, der Diphtherie, des Flecktyphus ꝛc. auf gleiche Stufe zu stellen, so ergiebt sich daraus zugleich eine Richtigstellung mancher falschen Wege, die bei Bekämpfung der Seuchengefahr eingeschlagen wurden. Alle Bemühungen, die geographische Weiterverbreitung des Krankheitskeims durch Absperrmaßregeln gegenüber Personen oder Sachen zu hindern, sind auch bei der diesmaligen Epidemie wieder eklatant gescheitert. Die Maßnahmen, welche von den Behörden gegenüber der schwer heimgesuchten Hansastadt verfügt wurden, trugen nicht bloß im Auslande (mit Ausnahme Englands), sondern auch in Deutschland zum Teil einen wenig rücksichtsvollen, mehr von der Panik des Augenblicks als von maßgebenden Erfahrungs-Grundsätzen beherrschten Anstrich. Unter dem Einfluß der augenblicklich vorherrschenden einfachen Anschauung, daß die Ausdehnung der Seuche lediglich von direkten Ansteckungsvorgängen abhänge, wurden zahlreiche Vorschriften zur Kontrolle und zur Beschränkung des Personen- und Warenverkehrs aus Hamburg, sowie zu desinfektorischen, auch auf gesunde Personen angewandten Maßregeln von verschiedenen deutschen Landes- und Bezirks-Regierungen erlassen, deren Ausführung und willkürliche Ergänzung sich unter dem lokalpatriotischen Eifer der Ortsbehörden stellenweise zu brutalen und grotesken Maßregelungen von

Personen „verdächtiger Provenienz“ im Geiste früherer Jahrhunderte steigerte. Manche humorvolle Episoden sind dabei mit untergelaufen. Das alles hinderte aber nicht, daß Tausende von Hamburgern nach allen Richtungen Nord- und Süd-Deutschlands und nach der Schweiz flohen, den Infektionskeim auf weiteste Strecken — bis nach der Insel Capri hin — verschleppend, wie die zahlreichen bei ihnen nachträglich aufgetretenen Erkrankungen bewiesen. In Deutschland erlebten außer Hamburg-Altona nicht weniger als 264 Orte vereinzelte Erkrankungen, aber unter ihnen erlitten nur 6 durch üble hygieinische Verhältnisse dazu disponierte Ortschaften eine wirkliche, sich durch weitere Erkrankungen kundgebende Verseuchung.

Nicht bloß nutzlose Schädigungen der wirtschaftlichen Interessen aber sind es, welche durch die ausschließliche Beachtung der Einschleppungsgefahr bewirkt wurden, sondern auch die viel bedenklichere Folge, daß die Aufmerksamkeit und Thatkraft der Behörden und des Publikums von der Hauptaufgabe, nämlich der ständigen Herstellung genügender örtlicher Gesundheitsbedingungen abgelenkt wird. Auch können wir unmöglich vom Auslande erwarten, daß es bei erneutem Auftreten der Seuche in deutschen Handelsplätzen uns gegenüber Grundsätze walten lasse, welche von uns selbst nicht rückhaltlos bekannt und bethätigt werden. Die leidige Rücksicht auf traditionelle Vorurteile des Publikums und auf dessen Erregtheit in Seuchenzeiten sollte dabei nicht bestimmend sein. Es ist im Gegenteil hohe Zeit, der Bacillenfurcht entgegenzutreten, welche die Gemüter derart beherrscht, daß eine für die Humanität bedenkliche und dabei doch sachlich zwecklose Rücksichtslosigkeit gegenüber den Erkrankten einreißt, die nötige und bei richtigen Vorsichtsmaßregeln durchaus ungefährliche Hilfeleistung erschwert wird und stellenweise eine bis zu den absurdesten Exzessen irreleitende Panik sich der Menge bemächtigt, erinnernd an die Maßregelung der Aussätzigen und Pestkranken im Mittelalter. Die wilden Mob-Ausbrüche gegen das Landen Hamburger Passagierdampfer in New York zeigen, wohin wir auch in hochzivilisierten Ländern treiben, wenn dem einseitigen Übereifer, an welchem manche unsrer Ortsbehörden teilgenommen, nicht entschieden Einhalt geboten wird. Die Erfahrungen in Hamburg haben gezeigt, wie äußerst gering die Erkrankungsgefahr für Ärzte und Pfleger ist, selbst wenn diese unter den gleichen örtlichen Einflüssen leben, und in dem Hospital Necker zu Paris, welches zur Aufnahme der in den Pariser Vororten an Cholera Erkrankten diente, ist nach Professor Peter's Bericht kein einziger Ansteckungsfall beobachtet worden. Bei dieser sichtlich nur bedingungsweisen Übertragbarkeit der Krankheit und bei der nachweislichen Abhängigkeit ihrer epidemischen Verbreitung von örtlichen Mißständen sollte man um so weniger Bedenken tragen, auf die ohnedies zu Lande nirgendwo durchführbaren Sperrmaßregen gegen den Personenverkehr bedingungslos zu verzichten; und ebenso sollten nicht bloße theoretische Möglichkeiten zu Verkehrsbeschränkungen bezüglich solcher Waren Anlaß geben, von denen kein Fall wirklichen Infektionstransports bekannt ist. Die auf Grund von Beratungen einer einberufenen Cholerakommission im September 1892 „vom Deutschen Reiche mit den Bundes-

regierungen vereinbarten" Maßregeln gegen die Cholera sind nicht geeignet, erneutem „Cholera-Unfug" untergeordneter Behörden wirksam vorzubeugen. Es heißt darin (§ 5): „Die Polizeibehörde eines Ortes wird je nach den Umständen auf solche Personen ein besonderes Augenmerk zu richten haben, welche dort sich aufhalten, nachdem sie kurz zuvor in von der Cholera heimgesuchten Orten gewesen waren. Es kann sich empfehlen, die von solchen Orten mitgebrachten Gebrauchsgegenstände (namentlich gebrauchte Wäsche und Kleidungsstücke) zu desinfizieren und die Zugereisten selbst einer, der Inkubationsdauer der Cholera entsprechend bemessenen ärztlichen Beobachtung zu unterstellen; jedoch in schonender Form und so, daß Belästigungen der Personen thunlichst vermieden werden." Diese Bestimmung, welche eifrigen Polizeiorganen leicht Anlaß zur Verhängung lokaler Landquarantänen über gesunde Reisende geben dürfte und thatsächlich bereits gegeben hat, wird hoffentlich keine dauernde Geltung behalten und in dem kommenden Seuchengesetz keine Aufnahme finden. Ebenso darf man hoffen, daß die in der amtlichen Cholera-Denkschrift mitgeteilte Verständigung zwischen der Reichs- und der preußischen Staatsverwaltung, laut welcher „Sperrmaßregeln gegen den Personenverkehr nur in ganz vereinzelten Fällen unter außergewöhnlichen Verhältnissen gerechtfertigt sein sollten," bei den bevorstehenden internationalen Beratungen durch eine volle und bedingungslose Stellungnahme im Sinne der Aufhebung jeglicher Beschränkung des Personenverkehrs für Gesunde ersetzt werde. Es muß offen ausgesprochen und als Grundlage aller Bestimmungen — hoffentlich auch bei dem in Vorberatung begriffenen Seuchengesetze — festgehalten werden, daß eine Choleragefahr überhaupt nur besteht für sanitär verwahrloste Länder, Ortschaften und Häuslichkeiten, und daß ein wirksamer Schutz gegen dieselbe für ganze Länder wie für einzelne Gemeinden nie durch Abschließungsversuche zu erreichen, wohl aber mit Sicherheit durch rechtzeitige, nicht bis zum Seuchenausbruche wartende Fürsorge für tadellose hygieinische Haus- und Gemeinde-Einrichtungen und richtige Isolierpflege der thatsächlich Erkrankten zu erzielen ist.

Gegen das soziale Elend, welches große Gruppen unsres Volkes in Stadt und Land zu widerstandslosen Opfern jeder an sie herantretenden Infektion macht, vermögen wir leider wenig und nur sehr schrittweise anzukämpfen; am ehesten bietet die Wohnungsmisere sowohl für die Gesetzgebung wie für die Fürsorge der Gemeindeverwaltungen ein dankbares Feld, — dies beweist schon das Beispiel der in England seit dreißig Jahren auf diesem Gebiete erreichten Fortschritte. Aber für reines Trink- und Nutzwasser zu sorgen, die Verjauchung des Wohngrundes und der öffentlichen Gewässer zu verhindern, Vorsorge zu treffen zur Sicherung schleuniger Anzeige jedes Erkrankungsfalles, zur Isolierpflege der Erkrankten, eventuell in öffentlichen, besonders dazu vorbereiteten Räumen, und zur Vornahme der erforderlichen Desinfektionen, — das sind Dinge, die überall ausführbar sind bei richtigem Zusammenwirken der staatlichen und kommunalen Behörden.

Eine der ersten gesetzlichen Maßnahmen müßte darin bestehen, daß allen Gemeindeverwaltungen unter staatlicher Kontrolle die Verpflichtung auferlegt würde, für gute und reichliche Wasserbeschaffung und für genügende Bodenreinigung zu sorgen, und daß in allen Städten bei vorhandener Kanalisation und Wasserleitung der Anschluß jedes Hauses an beide Anlagen für obligatorisch erklärt würde. Dadurch würde allen zukünftigen Choleragefahren gegenüber mehr gewonnen werden als durch irgend welche Ausnahmsmaßregeln zu Zeiten herrschender Seuchen. Allerdings können wir der letzteren keineswegs ganz entraten. Welcher Auffassung man auch immer huldigen oder welche Fragen man noch als offene betrachten möge bezüglich der direkten oder indirekten Verbreitungsweise der Cholera durch die Koch'schen Bacillen, in jedem Falle erscheint es geboten, dieses unzweifelhaft wesentliche Glied in der Kette des Verseuchungsvorganges örtlich so energisch wie möglich zu unterdrücken. Dazu dient die strenge Isolierung des die Bacillen entleerenden Kranken und die Entgiftung aller derjenigen Objekte, welche verdächtig sind, als Träger und Verbreiter der entleerten Keime zu dienen. Es ist das große, auch im Auslande unbestrittene Verdienst Rob. Koch's und seiner Schule, die Methoden zur wirksamen Ausführung dieser Entgiftung zuerst und dauernd festgestellt zu haben. Die in der amtlichen Cholera-Denkschrift veröffentlichten Mitteilungen über zahlreiche Erkrankungsfälle, welche von den Reichskommissaren auf Flußschiffen ermittelt wurden und die nach Vornahme sorgfältiger Desinfektionen sämtlich vereinzelt blieben, dürften über den praktischen Wert dieser Maßregel auch dem Skeptiker kaum einen Zweifel lassen. Auch ausländische Erfahrungen während der diesmaligen Epidemie stehen damit in Übereinstimmung. In den Nachbarorten von Havre z. B. hörten die im August namentlich bei Wäscherinnen vorgekommenen häufigen Choleraerkrankungen seit dem Tage auf, wo infolge polizeilichen Verbotes und scharfer Kontrolle keine schmutzige Wäsche mehr, gleichviel von wem sie herrührte, aus der Stadt in die Nachbarorte zur Wäsche transportiert werden durfte, ohne vorher einen Wasserdampfdesinfektor regelrecht passiert zu haben.

In den Maßnahmen zur Überwachung des Reiseverkehrs haben die deutschen Reichsbehörden durch Einführung des englischen sogenannten Inspektionssystems sich den Beifall aller sachverständigen Kreise erworben. Man sichert dadurch, soweit dies überhaupt möglich, eine rechtzeitige Erkennung vorkommender Erkrankungsfälle, ohne den Personenverkehr ungebührlichen Belästigungen zu unterwerfen. Auf die in der ersten Panik angeordnete Desinfektion aller aus verseuchten Ländern oder Städten kommenden Reise-Effekten hat man später verständigerweise verzichtet und wird hoffentlich nicht mehr darauf zurückkommen. Es war eine unnütze Vexation, welche noch mißlichere Übelstände mit sich brachte als den Gemüts-Shok jener Engländerin, die sich in englischen Zeitungen bitter darüber beklagte, daß sie beim Auspacken ihres an der Grenze desinfizierten Kofferinhalts ein Kleidungsstück hervorzog, welches einem andern Geschlechte angehörte!

Auch die Maßnahmen der Eisenbahnverwaltungen entsprachen im ganzen den Anforderungen der Lage, ließen aber eine bedenkliche Lücke wahr-

nehmen, deren Ausfüllung bei erneuter gefahrdrohender Ausbreitung der Seuche aufs dringendste zu empfehlen ist. Wir wissen, daß zu Zeiten herrschender Infektion zahlreiche Menschen an leichter, aber darum nicht minder durch die Ausleerungen direkt oder indirekt infektiös wirkender Cholera-Diarrhoe leiden. Bei den bisherigen inneren Wageneinrichtungen liegt die Gefahr nahe, daß durch solche Personen auf Eisenbahnfahrten — namentlich auf Schnellzügen — der Cholerakeim auf weite Strecken über Ortschaften ausgesäet und dadurch an empfänglichen Punkten örtliche Verseuchung eingeleitet werde. Vielleicht finden manche in auffallender Abgelegenheit vorgekommene Erkrankungsfälle ihre Erklärung in dieser Infektionsquelle, zu deren Beseitigung durch andre Kloseteinrichtungen hierdurch die Anregung gegeben werden möge.

Gleichmäßige Grundsätze zur Ausführungsweise aller vorgenannten Schutz- und Vorbeugungsmittel einschließlich einer gesetzlichen Regelung der Anzeigepflicht bei ansteckenden Erkrankungsfällen wird hoffentlich das erwartete Seuchengesetz für das deutsche Reich bringen. Nur möge es sie in bestimmter Form und Begrenzung bringen ohne die Mitgabe so dehnbarer Freibriefe an die untergeordneten Polizeibehörden zu vexatorischen Lokal-Experimenten, wie sie der Regierungsentwurf enthält. Bei der mangelhaften Stellung und Geltung unsrer ärztlichen Gesundheitsbeamten in Stadt und Land könnte sonst das Seuchengesetz zu einer bedenklichen Waffe in den Händen schneidig inspirierter Polizeibeamten sich gestalten.

Um so dringender wünschenswert ist dagegen eine Vermehrung der Befugnisse unsrer deutschen Zentral-Gesundheitsbehörde. Die vortrefflichen Erfolge der vom Reichsamt des Innern organisierten energischen Überwachung und Assanierung der Flußschiffahrt auf Elbe, Oder, Weichsel und Rhein müssen den lebhaften Wunsch erwecken, daß den Reichsbehörden die bis jetzt mangelnde Kompetenz zu ähnlichem systematischen Vorgehen auch auf festem Lande möge verliehen werden. So lange dies nicht geschehen wird, versehe man sich nicht zu großer Erfolge von einem Seuchengesetze, trotz seines vielversprechenden Namens. Vor allen Dingen aber möge bei unsern städtischen Gemeindeverwaltungen, auf deren Schultern die Hauptaufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege ruhen, nicht durch die Erwartung jenes Gesetzes das Bewußtsein ihrer großen Verantwortlichkeit abgeschwächt werden! Jede Gemeindeverwaltung benutze vielmehr die augenblicklich gewährte Ruhezeit, um durch Verbesserung der hygieinischen Ortszustände wohlgerüstet allen Vorkommnissen im kommenden Frühling mit ruhigen Gewissen entgegensehen zu können!

Breslau, Eduard Trewendts Buchdruckerei (Setzerinnenschule)

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES

This book is due on the date indicated below, or at the expiration of a definite period after the date of borrowing, as provided by the rules of the Library or by special arrangement with the Librarian in charge.

DATE BORROWED	DATE DUE	DATE BORROWED	DATE DUE
C28(1141)M100			

RC126

F49

Finkelnburg

Die bedeut...

RC 126

F49